N° 68

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE LA

Néphrite Ourlienne

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Mai 1899

PAR FRANC ATGER

Né à St-Geniès-de-Malgoirès (Gard), le 20 décembre 1874

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA MANUFACTURE DE LA CHARITÉ

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON ..... DOYEN
HAMELIN (✲)..... ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène.....	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET (✲).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.....	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✲).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv...	MAIRET (✲).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	N...
Id. Bosc (Ch. du c.)	

Doyen honoraire : M. MAIRET (✲).
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (✲), PAULET (O. ✲).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.....	MM. VALLOIS, agrégé
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	BROUSSE, agrégé
Clinique ann. des mal. des vieillards.....	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	DE ROUVILLE, agrégé
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé

Agrégés en exercice

MM.	BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
	RAUZIER	PUECH	RAYMOND
	LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
	MOITESSIER	MOURET	IMBERT
	BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

MM. H. GOT, *Secrétaire*; F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire*

Examinateurs de la Thèse

MM. CARRIEU, *président.*	MM. BROUSSE, *agrégé.*
MAIRET, *professeur.*	VIRES, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur CARRIEU

F. ATGER

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES MAITRES

A TOUS MES AMIS

F. ATGER

AVANT-PROPOS

Parmi les questions qui, en ce siècle, ont le plus attiré l'attention des médecins, on peut sans hésiter ranger les néphrites. Grâce aux découvertes bactériologiques contemporaines grâce à la connaissance de plus en plus approfondie des toxines, leur étiologie et leur pathogénie s'entourent d'un jour plus brillant. Mais s'il est dévolu à certaines maladies plus qu'à d'autres de porter souvent leurs effets nocifs sur la glande rénale, il en est aussi qui, à la faveur de leur réputation de bénignité ou plutôt parce qu'on ne les avait pas encore suffisamment observées, ont pu causer dans cet organe des troubles dont pendant longtemps on ne les aurait pas crues coupables. Dans ce dernier groupe nous plaçons les oreillons.

C'est à la suite d'un cas de néphrite, consécutive à des oreillons, observé dans le service de M. le professeur Carrieu que, sous son inspiration, nous avons entrepris ce travail. Ne voilà-t-il pas encore une raison nouvelle qui s'ajoute à tant d'autres pour témoigner à notre cher maître toute la reconnaissance dont nous lui sommes redevable. M. le Professeur Carrieu dans le cours de nos études ne nous a jamais ménagé ni son profond enseignement, ni ses conseils éclairés ; nous l'en remerçions bien sincèrement et l'assurons du souvenir ineffaçable qu'il laissera dans notre esprit. C'est avec un réel plaisir que nous exprimons toute notre gratitude aux maîtres et Professeurs de cette faculté pour les excellentes leçons qu'ils nous ont données; leur zèle et leur dévouement sont au-dessus de

toute éloge. Merci également aux médecins et chirurgiens en chef de l'hôpital de Nimes, qui pendant les quelques mois d'internat que nous y avons accomplis, ont été pour nous des guides précieux dans la pratique médicale. Que M. le Dr Pelon chef de clinique médicale à la faculté, accepte de justes remerciements pour les documents qu'il nous a gracieusement offerts dans la confection de ce travail.

Il est encore un très large tribut de reconnaissance que nous réservons à nos parents pour l'affection et le dévouement sans bornes dont il nous ont toujours entouré. Merci enfin aux nombreux amis à qui nous unissent de solides liens d'amitié que le temps, je l'espère, ne fera que consolider de plus en plus.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

NÉPHRITE OURLIENNE

Historique

Les oreillons ne sont pas passés inaperçus aux époques les plus lointaines de la médecine. On sait, en effet, qu'Hippocrate avait fort bien remarqué le gonflement parotidien tantôt simple, tantôt double, suivi ou non de fièvre que présentaient certains individus. Dans les livres, dits hippocratiques, où sont notées ses observations, on est étonné de voir avec quelle justesse et quelle précision le maître de la médecine nous a décrit la marche de la maladie, dévoilé le premier les complications du côté des testicules et des bronches, montré l'épidémicité, la prédilection des ourles pour les jeunes gens et en somme leur peu de gravité.

Après lui, quelques ouvrages parurent sur l'affection ourlienne, mais ce n'était guère que pour enregistrer une épidémie sans apporter rien de bien nouveau à la question. Ce n'est que bien plus tard, et à une époque relativement rapprochée de la nôtre, que nous trouvons des œuvres qui nous intéressent plus particulièrement, parce qu'elles sont plus en rapport

avec le sujet de notre travail. Aussi ne citerons-nous pas tous les auteurs qui, pendant de nombreuses années et jusqu'au XVIII[e] siècle, se sont occupés des oreillons sans jamais observer ou pressentir une localisation rénale. C'est exclusivement à ceux qui ont étudié cette dernière que nous réservons ces lignes.

Peut-être, en 1758, Hamilton d'Edimbourg, qui a relaté une épidémie en Ecosse, avait-il eu affaire à quelques cas graves d'urémie, puisque certains de ses malades périrent à la suite de délire et de convulsions. Mais c'est à la fin de ce même siècle seulement qu'il nous faut arriver pour rencontrer un auteur qui, le premier, observe les phénomènes liés à un trouble de la dépuration urinaire. Pratolongo, de Gênes, en effet, en 1782, remarqua une anasarque dans le cours des oreillons, et dans une lettre adressée à son ami Borsieri, voici ce qu'il en dit : « La seule maladie que l'on puisse regarder comme épidémique à Gênes, en ce moment, est celle que nous appelons oreillons. Outre la tuméfaction des parotides, on a vu chez quelques malades, les testicules se tuméfier aussi avec une fièvre véhémente ; chez d'autres, ce gonflement des parotides était suivi d'une anasarque semblable à celle qui survient parfois après la scarlatine, avec une grande difficulté de respirer et fièvre aiguë. Croyez-vous qu'on puisse mettre ces maladies au rang des éruptives? »

Behr et Krügelstein décrivent dans l'*Hufelands journal*, le premier, des œdèmes partiels particulièrement à la tête, accompagnés d'une fièvre violente après disparition du gonflement parotidien (1825) ; le second, une anasarque généralisée sans fièvre après la disparition brusque de la parotidite (1835).

Au milieu de notre siècle, J. Burne, de Londres, publie un travail relatif à une épidémie, dans laquelle il a constaté des complications du côté des testicules, des reins, avec albuminurie et convulsions.

Quelques années après, en 1856, L. Renard, médecin militaire du fort carré d'Antibes, remarque pendant une épidémie d'oreillons trois malades qui furent atteints d'albuminurie passagère. En 1876, le professeur Colin attire l'attention sur un cas très grave de néphrite ourlienne suivie de mort. C'est M. Laveran qui fait l'autopsie et l'étude macroscopique et microscopique des deux reins, indique nettement qu'il s'agit d'une néphrite mixte.

A partir de ce moment, les observations sont un peu plus nombreuses. En 1883, Karth dans sa thèse rapporte le cas d'un malade qui, gravement atteint par l'affection ourlienne, présente des urines albumineuses. Les *Archives de médecine militaire* de 1885 nous apprennent que le Dr E. Renard a enregistré cinq cas de complications rénales, dont quatre se sont terminés par la mort. Plagneux, Bourgeois et Gagé en 1892, mettent plusieurs observations au jour. Ce dernier, dans un excellent travail, conclut que l'albuminurie ourlienne, pour être assez fréquente, est le plus souvent bénigne, mais qu'elle peut cependant passer à l'état chronique.

Bézy, en mars 1893, fait part à la *Société médicale des Hôpitaux*, d'un cas très intéressant dans lequel les manifestations rénales ont seules apparu chez une jeune malade qui présentait de la fièvre et qui vivait dans un pensionnat auprès de camarades, dont plusieurs étaient atteintes d'oreillons.

Quelques jours après, à la même Société, Laveran rapporte le cas du médecin-major Toussaint, qui a observé des oreillons compliqués d'urémie ; ils manquèrent entraîner la mort du soldat en cause. Le cas de mort relaté par Le Roy dans la *France médicale* de 1894 est très intéressant et peut prendre place à côté de ceux de Colin et d'E. Renard,

A tous ces auteurs généralement connus, on peut ajouter comme s'étant occupés de la question : Bienfait, en 1873, dans le *Bulletin de la Société médicale de Reims* ; Croner, à la

Société médicale de Berlin, en 1884 ; Murié, dans le *Poitou médical* de 1890.

Enfin, nous n'aurions garde de passer sous silence ceux qui ont entrepris des études sur la microbiologie des urines des sujets atteints d'oreillons, en particulier Capitan et Charrin, Bouchard, Olivier, Boinet, Laveran et Catrin.

En 1891, Griffith trouva dans l'urine des malades atteints d'oreillons une ptomaïne qui, injectée à des chats, produisit une excitation nerveuse considérable avec arrêt de la salive et mort. Quant aux différents microbes trouvés, bâtonnets ou cocci, les expériences et les cultures ont été peu démonstratives, de sorte que le champ est toujours ouvert aux bactériologistes pour la recherche du germe pathogène des oreillons.

Description rapide des oreillons.

Les oreillons, encore appelés *ourles*, constituent une maladie qui doit prendre rang avec les fièvres infectieuses. Leur contagion, en effet, ne fait de doute pour personne ; leur évolution a une marche généralement rapide et tout l'organisme peut se ressentir plus ou moins suivant les cas de leur atteinte. Ils sont caractérisés surtout par des localisations portant sur les parotides, les sous-maxillaires, les autres glandes salivaires avec complications fréquentes du côté des testicules, des ovaires ou ailleurs.

La contagion une fois effectuée, les oreillons n'éclatent pas d'habitude bientôt après, ils sont précédés d'une période plus ou moins longue variant entre quatre jours (D'Espine et Picot, Demme), et trente jours (Dukes, Antony) au bout desquels apparaissent alors les *prodromes*. En général, ceux-ci sont légers et diffèrent peu des symptômes de début des autres fièvres infectieuses. Ce sont tantôt des troubles gastro-intestinaux, tels que anorexie, vomissements, pesanteur à l'estomac, langue saburrale, accompagnés ou non de céphalée, qui prédominent. D'autres fois, on a affaire à des épitaxis répétés, à des douleurs d'oreilles atroces, à des frissons, à de la courbature ou à de l'angine coexistant avec de l'amygdalite. D'habitude, la fièvre apparaît à ce moment, elle ne dépasse guère 38°, et même ne les atteint pas, aussi certains malades continuent-ils de vaquer à leurs affaires. C'est là ce qui explique souvent la contagion ; les malades voyant qu'ils sont atteints légèrement,

ne s'isolent pas, ne se soignent pas et par leurs rapports journaliers propagent la maladie.

En même temps que ces prodromes ou le plus souvent leur succédant, apparaît alors une *tuméfaction* qui occupe l'angle de la machoire d'un seul côté. Cette tuméfaction est due à l'engorgement fluxionnaire de la parotide, à l'œdème du tissu périglandulaire ou bien à l'une seule de ces causes. La palpation donne la sensation d'une résistance pâteuse ou élastique. Il n'est point rare que ce gonflement parotidien soit accompagné d'une douleur soit spontanée, soit simplement à la pression.

Peu de temps après, l'autre région angulo-maxillaire, qui jusque-là était demeurée indemne, se prend à son tour, car, en règle générale, les deux parotides ne se tuméfient pas simultanément. Si parfois la seconde parotide échappe à l'infection, il est par contre des cas, moins communs, il est vrai, dans lesquels toutes les glandes salivaires sont prises, ce qui change la physionomie du sujet et par le gonflement énorme qui se produit le rend méconnaissable. La peau qui recouvre la tuméfaction est ou bien normale, ou rouge, ou prenant même quelquefois l'aspect d'une plaque d'érysipèle; cependant, on n'y constate pas de bourrelet, et la rougeur va s'atténuant peu à peu. A la palpation, on a la sensation d'une masse molle, cotonneuse, autrement dit de l'empâtement. Cette fluxion augmente pendant trois ou quatre jours, reste dans le même état pendant près d'une semaine, puis rétrocède.

Du côté de la bouche, on peut remarquer quelquefois des altérations de la muqueuse buccopharyngée; elle est rouge, congestionnée; l'orifice du canal de Sténon est tuméfié. La sècheresse de la bouche est un signe fréquent; le peu de salive qu'elle renferme présente une réaction acide, sa densité est augmentée; on y trouve beaucoup de chlorure de sodium. L'angine dont nous avons parlé parmi les phénomènes du

début peut exister également encore ou apparaître seulement dans cette période. Les symptômes généraux sont variables ; parfois la fièvre est nulle, parfois d'intensité moyenne 38° ; plus rarement très élevée 40° et 41°. Dans les états graves, on peut assister à des formes typhoïdes dont quelques-unes sont mortelles.

Tels sont, à peu près, rapidement esquissés, les symptômes des oreillons ; mais il va sans dire qu'on en observe des formes très variées, depuis les formes les plus frustes où le gonflement des glandes salivaires passe presque inaperçu et rend le diagnostic hésitant, jusqu'à ces formes excessivement graves que l'on signale dans quelques épidémies et qui ont coûté la vie à d'assez nombreux malades.

Il semblerait, en ne se rapportant qu'à l'étymologie du mot « oreillons » que tout doit se passer dans la région de l'oreille; mais la science médicale connait depuis longtemps des manifestations plus éloignées, nous voulons parler de l'*orchite consécutive*. Il ne faudrait pas la considérer exclusivement comme l'indice des cas les plus sérieux, car il y a des parotidites d'allure bénigne et dont la localisation testiculaire ne se fait pas longtemps attendre. Bien plus, ne cite-t-on pas des observations, déjà si nombreuses, où tout a consisté seulement dans la fluxion des bourses. D'autres fois, l'ordre des symptômes a été renversé, et c'est par les testicules que la maladie s'est annoncée, se portant ensuite sur les parotides. Néanmoins, on doit le plus souvent regarder l'orchite comme un état qui vient compliquer la situation, augmenter la fièvre et compromettre le pronostic tout au moins pour les fonctions génitales dans l'avenir, surtout si elle est double. Mais heureusement l'atrophie testiculaire ne succède pas fatalement à l'orchite ; on n'en compte guère que 1 sur 5.

Les autres glandes de l'économie sont moins souvent atteintes ; on a constaté l'ovarite, la vaginalite, la mastite our-

liennes ; mais combien rares sont-elles ! Comme dans la scarlatine et dans toutes les fièvres infectieuses et éruptives le pseudo-rhumatisme se déclare quelquefois dans l'affection ourlienne ; il est d'habitude subaigu ; ce sont les genoux, les gaînes synoviales qui présentent le plus souvent de l'empâtement et de la douleur. Le cœur peut être atteint et c'est l'endocardite qui est la lésion la plus observée ; elle s'associe quelquefois à la péricardite, ou bien c'est cette dernière qui est seule constatée, ainsi que le montrent beaucoup d'observations de Puech pendant l'épidémie de Montpellier de 1887.

Le cerveau n'échappe pas lui aussi à l'influence nocive de la maladie, des accidents nerveux dont quelques-uns terribles en résultent parfois : tels sont le coma, les convulsions, les vertiges, la manie et la mélancolie dans le cours ou la convalescence des oreillons. La plupart des cas de mort signalés sont en effet dus à des manifestations cérébrales. Les organes des sens, les poumons peuvent également être frappés. Les observations de Jourdan et de Puech sur des cas de pneumonie consécutive en sont des exemples.

Quant aux complications rénales, *congestions ou néphrites*, nous les étudierons plus longuement dans les chapitres suivants.

Etiologie et Pathogénie de la Néphrite ourlienne

L'étude générale des oreillons nous a montré que cette maladie était loin comme l'indiquerait *a priori* le nom qui lui a été donné de ne présenter qu'une tuméfaction dans la région des oreilles. Si donc nous assistons souvent à son épidémicité, si sa contagion ne saurait être mise en doute, si tout l'organisme peut se ressentir de ses atteintes, il est donc à peu près sûr que cette affection a pour point de départ l'introduction dans nos tissus d'un *microbe virulent*. Quel est ce microbe ? Où est-il, comment évolue-t-il? Ce sont là autant de points qui font encore partie du domaine de l'inconnu et qui, semble-t-il, seraient importants à connaitre pour saisir l'étiologie de la néphrite ourlienne.

Il s'en faut que les recherches à ce sujet aient manqué ! On a analysé, examiné au microscope la salive, les urines, le sang de certains malades, mais les résultats obtenus par les différents savants ont été peu concordants, et rien de précis n'est venu jeter une lueur sur la cause première de l'affection.

Capitan et Charrin ont cru trouver des bâtonnets grêles, et longs, des cocci dans la salive et le sang des ourliens ; mais la spécificité de ces microbes n'a pu être démontrée, les inoculations étant tout à fait négatives. Pas plus heureux furent plus tard Bouchard qui constata des bâtonnets dans les urines et Olivier qui décrivit également des bâtonnets et des cocci isolés ou en diplocoques. Ces différents microbes, Boinet, Laveran et Catrin les rencontrèrent aussi ; mais malgré leurs remarquables travaux la question est encore en litige.

Admettrons nous que si le microbe nous échappe, nous soyons obligés pour cela de reculer devant l'explication de la maladie? Nous ne le pensons pas, car nous partons de ce point que nous avons affaire à une maladie infectieuse. Or ici, comme pour la scarlatine, comme pour la variole, comme pour la rougeole, en un mot comme pour toute maladie classée au chapitre des fièvres infectieuses ou éruptives, nous savons à quoi nous en tenir sur la néphrite qui les complique bien souvent. Ce sont ces données de la néphrite infectieuse, néphrite bien étudiée par Bouchard, qui nous permettent d'expliquer celle liée à la tuméfaction des parotides.

Que le microbe ourlien pénètre dans la bouche, car il semble en effet que c'est là le plus souvent son point d'arrivée dans l'organisme, de là rien n'est plus facile pour lui en s'insinuant dans le canal de Sténon de gagner les parotides ou seulement l'une des deux. Mais une fois ainsi implanté dans l'une des glandes salivaires ou dans toutes suivant les cas, que fait-il ? Se dissémine-t-il dans l'organisme et arrive-t-il ainsi à frapper le rein? Ou bien comme le bacille de Loffler, secrète-t-il quelque toxine que le courant sanguin charriera jusque dans le filtre rénal pour l'y éliminer ? Ou enfin agira-t-il soit par lui-même, soit par ses propres sécrétions sur la vaso dilatation des capillaires rénaux pour y provoquer la stase sanguine et par là l'albuminurie consécutive? Ce sont là autant d'hypothèses toutes aussi bien admissibles l'une que l'autre et qui peut-être concourent toutes trois, dans les cas les plus graves, à perturber la dépuration urinaire.

Ce serait ainsi expliquer la néphrite ourlienne par le microbe lui-même qui provoque l'affection, mais on peut toutefois admettre une autre cause, nous voulons parler d'une *infection secondaire*. Ne pourrait-on pas par exemple concevoir un état du rein, moins résistant, plus faible sous l'influence de la maladie et qui se laisserait envahir par des microbes

secondaires n'ayant rien de commun avec celui qui est la cause essentielle de la maladie ? Ces bâtonnets et ces différents cocci trouvés dans les urines par Capitan, Charrin, Bouchard, Laveran et d'autres sont peut-être les spécimens de ces microbes étrangers qui ne deviennent virulents qu'à la faveur d'une atteinte antérieure de l'organisme par d'autres microbes.

Peut-être encore faut-il attribuer un rôle dans l'étiologie de la néphrite ourlienne à une substance que Griffith a découvert en 1891, dans les urines des malades présentant des oreillons. Cette substance qui serait une ptomaïne dont la formule est $C^6 H^{13} Az^2 O^2$ a été injectée à des chats. Elle a produit chez eux des troubles très graves, entr'autres une très grande excitation nerveuse, l'arrêt de la salive et la mort (*Catrin. Gaz. des hôpitaux 1895*). D'où vient cette substance, est-ce du sang, est-ce du microbe, agit-elle sur le rein ? C'est à résoudre,

Pourquoi la néphrite est-elle relativement rare dans les oreillons et encore quand elle existe, est-elle presque toujours passagère ? Elle est rare, car le plus souvent les oreillons sont par eux-mêmes bénins, et on conçoit alors que les troubles causés soient de peu d'importance. Mais par contre il faut voir aussi quelquefois dans la bénignité une cause qui déterminera une poussée rénale. L'individu atteint d'une tuméfaction parotidienne légère vaque quelquefois à ses affaires, ou tout au moins se promène sans prendre trop garde à son état. Et alors qu'un refroidissement survienne, si minime soit-il, il peut-être suffisant pour jeter le trouble dans l'économie et en particulier sur le rein, d'où la néphrite consécutive alors que les oreillons paraissaient être très peu graves. C'est justement cette condition de basse température qui dans certaines contrées du Nord prédispose beaucoup plus que chez nous à la néphrite. Ce serait ainsi peut-être par refroidissement que le malade de M. Colin a dû d'être atteint de néphrite intense à laquelle il devait succomber. M. Colin dit en effet à son sujet :

« on peut même se demander si le peu d'attention accordée à son affection et l'absence de toute précaution contre les vicissitudes atmosphériques, n'ont pas contribué à entraîner la localisation du mal sur les reins, comme le fait a lieu si souvent en somme dans l'albuminurie aigüe. »

La constitution médicale également doit jouer un rôle car on peut observer des séries de cas sans albuminurie, tandis que dans d'autres on a occasion d'en observer fréquemment. C'est ainsi que L. Renard, au fort carré d'Antibes, dans un court espace de temps et alors que jamais il n'en avait observé, constate trois cas d'albuminurie ourlienne passagère. E. Renard en 1885, en relate cinq cas dans une épidémie et sur les cinq, quatre furent très graves et entrainèrent la mort. De même que les varioles dans certaines épidémies revêtent la terrible forme hémorrhagique, de même les oreillons dans certains lieux et à de certains moments font-ils plutôt de la néphrite que toute autre localisation.

Dans les observations que nous citons on ne peut pas incriminer une lésion antérieure du rein ; tout au plus dans deux ou trois d'entre elles trouvons-nous dans les antécédents personnels du malade une fièvre typhoïde ou une rougeole, mais si éloignées et n'ayant laissé aucune trace qu'on ne peut admettre que les oreillons aient réveillé une lésion déjà existante dans cet organe. D'ailleurs antérieurement aux ourles, les malades n'avaient jamais présenté de symptômes de néphrite ; aussi faut-il mettre sans crainte les albuminuries observées sous la dépendance de la maladie ourlienne.

Symptomatologie de la néphrite ourlienne
Diagnostic

Comment se présente à nous cette néphrite ? De quelle façon évolue-t-elle ? Telles sont les questions à nous poser.

Si on étudie les différentes observations citées dans ce travail, on est étonné à leur lecture de voir que dans tous les cas l'albuminurie n'a pas été découverte ou soupçonnée toujours à la même période de la maladie. Dans la grande majorité des observations, les oreillons s'étaient déjà annoncés d'une façon très appréciable soit par le gonflement d'une parotide, soit de toutes les glandes salivaires ou de quelques-unes d'entre elles seulement lorsque les urines sont devenues albumineuses. Déjà même quelques complications avaient apparu, telles que l'orchite.

Ainsi dans l'observation d'E. Renard, de 1885, le sujet s'était senti indisposé dès le 16 janvier ; le lendemain la région angulomaxillaire se tuméfiait et c'est le 20 seulement que l'on constate un œdème des bourses et des membres inférieurs, tandis que les urines donnent un précipité très abondant d'albumine.

Dans une de celles de Bourgeois, le début des oreillons étant le 7 mai, ce n'est que le 11 en pleine période qu'on rencontre un peu d'albumine. Mais ici il n'y a aucun autre symptôme s'y rattachant : pas d'œdème, pas de céphalée et du 12 jusqu'à la guérison complète, la recherche de l'albumine est négative.

Chez le malade de Plagneux, l'albumine n'apparaît que 4 jours après la tuméfaction parotidienne, celle-ci étant encore au même état ; comme dans la précédente elle ne donne lieu à aucun autre symptôme, et 4 jours plus tard elle avait totalement disparu de l'urine.

Dans celle de Gagé (n° VII) on note de la céphalée dès les premiers symptômes ainsi que des vertiges et cependant l'albuminurie n'existe que 6 jours après, coexistant avec des urines très rares et épaisses ; mais au bout de peu de temps elle diminue et disparaît ; avec elle disparaissent également vertige et céphalée.

Dans notre observation la bouffissure de la face n'a apparu que lorsque les oreillons sont devenus volumineux et douloureux et c'est elle qui donne l'éveil. A l'examen on s'aperçoit que le gonflement de la région parotidienne est blanchâtre, peu douloureux, qu'il se continue vers le cou et la partie inférieure du visage. L'œdème des membres inférieurs est considérable, en pressant à la partie inférieure du tibia on laisse un godet profond, et on voit sans peine que l'œdème arrive aux cuisses ; les bourses sont normales. L'abdomen est un peu volumineux, la palpation et la percussion indiquent un léger degré d'ascite. Avec de pareils symptômes les urines devaient être caractéristiques, et en effet l'analyse y révèle près de neuf grammes d'albumine ; elles sont rouges, forment un dépôt dans lequel le microscope découvre des globules rouges et blancs et des cylindres granuleux. L'auscultation du cœur nous fait percevoir un premier bruit sourd et le deuxième claqué.

Si dans ces observations nous voyons que la néphrite est survenue à la période d'état, alors que les oreillons étaient en pleine évolution, nous constatons d'autre part que les signes ne sont pas toujours les mêmes. Tandis que dans quelques-unes ce n'est seulement que l'analyse de l'urine qui a pu

mettre sur la voie du diagnostic, dans les autres on note des signes inhérents aux néphrites, tels que l'œdème de la face, des membres inférieurs et même l'ascite. C'est même grâce à ces derniers signes que l'idée de néphrite s'impose tout de suite à l'esprit.

Dans d'autres cas, la néphrite a succédé aux oreillons, l'exemple nous en est donné par l'observation de L. Renard dans l'*Union médicale* de 1869. Le malade était déjà considéré comme guéri, lorsque surviennent le gonflement, l'enflure et l'albumine. Au bout de quelques jours de traitement tout rentre dans l'ordre. Dans certaines observations de Bourgeois, de Gagé, où toutes les urines étaient examinées, c'est alors que les régions parotidiennes sont dégagées, qu'une albuminurie passagère apparaît, si légère qu'elle n'est accompagnée d'aucune autre manifestation. Ici peut se placer également une observation intéressante d'albuminurie tardive et compliquée rapportée par le docteur Joffroy dans le *Progrès médical* du 20 novembre 1886. Il s'agit d'une fillette de 4 ans et demi qui 20 jours après le début des oreillons est prise d'une paralysie des membres inférieurs, bientôt suivie de celle des membres supérieurs. En même temps s'établit une légère albuminurie, mais persistante. Ce n'est que 4 mois après, avec la guérison de la paralysie, que l'albumine disparût aussi. Faut-il voir dans ce cas un rapport entre l'albuminurie et la paralysie ou bien une simple coïncidence ? Nous l'ignorons.

La fillette de l'observation Le Roy est bien, elle aussi, regardée comme guérie, quand un mois après, quel n'est pas l'étonnement de constater, chez cette enfant, de l'œdème de la face et des membres inférieurs avec émission d'une urine rare, rouge et fortement albumineuse. L'urémie progresse et finit par emporter l'enfant.

Le militaire de Tousssaint voyait également diminuer son gonflement parotidien quand éclatent à deux reprises de

véritables attaques d'éclampsie, suivie de coma. Lors de la première crise l'urine ne révèle pas d'albumine ; mais à la seconde on en trouve par contre beaucoup. L'oligurie, la somnolence et enfin l'éclampsie indiquaient ici nettement une lésion rénale.

En opposition à ces néphrites arrivant sur le déclin de la maladie et par ordre de fréquence, il en est d'autres qui évoluent en même temps. Tel est le malheureux cas de Colin dans lequel avec la parotidite on observe un gonflement de la face et du tronc d'abord, puis un œdème de tout le tissu cellulaire. Ici les troubles sont au complet : troubles de la vision, céphalée, attaque éclamptique comme chez le malade de Toussaint, dyspnée, œdème pulmonaire, ascite. Aussi le dénouement fatal ne peut longtemps se faire attendre.

Avec le malade de Karth nous constatons également au début de violents maux de tête, des vomissements, du gonflement des paupières et du cou, de l'oligurie et beaucoup d'albumine rétractile. Tout cela s'apaise et le malade sort guéri.

Enfin il existerait une dernière forme de néphrite ourlienne, celle-ci non admise par tout le monde, car les observations à ce sujet sont exceptionnelles : nous voulons parler de la *néphrite sans oreillons*. L'observation de M. Bézy, en est en effet le type. C'est au milieu d'une épidémie d'oreillons, et sans qu'on puisse incriminer aucune autre cause que les premiers troubles apparaissent, délire, vomissement. En même temps l'urine est un peu foncée, peu abondante, rouge, albumineuse ; les parotides paraissent indemnes et quelques jours après la jeune fille se rétablit.

De ce cas nous pourrions rapprocher celui qui fait l'objet d'une communication faite à la société médicale des hôpitaux par M. Laveran. Ce dernier reconnait que la tuméfaction parotidienne a été excessivement légère, si légère qu'il doute même de son existence, et cependant les urines rares et colorées,

chargées d'albumine indiquent une congestion rénale. C'est, comme pour la malade de M. Bézy, pendant une épidémie d'oreillons que ce soldat est atteint, mais chez lui il existe une complication, c'est une orchite à gauche.

Ces deux dernières observations méritent d'être placées côte à côte. On ne peut pas sans doute conclure définitivement que la néphrite ourlienne existe sans oreillons, mais on peut toutefois admettre qu'il n'y a là rien d'invraisemblable. L'objection capitale qu'on peut opposer à ces observations, c'est qu'il s'agit probablement là de néphrite à frigore. Cependant, ne voyons-nous pas l'orchite simple ou double constituer à elle seule toute la maladie ; les cas n'en sont pas bien rares, puisque Heller, en 1880, en signale 19. Vidal, Chauvin, Jourdan en ont observé d'autres. Ce qui indique bien que ces orchites sont de nature ourlienne, c'est que quelquefois la tuméfaction des glandes parotides ou salivaires a succédé à la congestion testiculaire. Ainsi donc, on pourrait, à l'exemple des orchites, ne pas rejeter tout à fait la possibilité de l'existence de la néphrite ourlienne essentielle. Peut-être en pareil cas, les glandes salivaires sont atteintes, mais insuffisamment pour que leur trouble puisse donner lieu à une tuméfaction ou à une modification facilement appréciables. La maladie ne ferait alors qu'effleurer les parotides pour se concentrer plutôt sur les glandes rénales. Ce serait là une forme fruste des oreillons, forme fruste qui existe, nous le savons, dans bon nombre de fièvres éruptives.

Voilà certes plusieurs formes de néphrite ourlienne, et cependant trouvons-nous dans ces différents cas une observation en tout point comparable à celle du militaire qu'il nous a été permis d'observer dans le service de M. le professeur Carrieu. Sans doute, nous avons noté chez lui des symptômes d'œdème et de bouffissure analogues à ceux d'autres observations citées, mais c'est du côté des reins que résident les particularités, par-

ticularités que l'urine seule nous a révélées. Reportons-nous en effet à l'observation et examinons la quantité des urines. Ne sommes-nous pas étonnés de constater que cette quantité est accrue bien au-dessus de la normale ; le lendemain de son entrée à l'hôpital, le 14 mars, elle atteint 2.200 grammes avec 9 grammes environ d'albumine dans la journée. Or, que nous disent les ouvrages classiques et que constatons-nous dans les différentes observations que nous avons citées de néphrite ourlienne ? C'est que le taux de l'urine atteint rarement la normale et même le plus souvent lui est inférieur de quelques centaines de grammes. Ici, c'est donc le contraire qui s'est produit, puisque les urines dépassent la valeur de 2 litres par jour. Et cette abondance urinaire que l'on constate le 14 mars, ne fait qu'augmenter énormément le lendemain et le surlendemain, pour atteindre le chiffre de 3.750 grammes, tandis que la densité faible déjà, s'abaisse jusqu'à 1.009. Cependant, ces chiffres excessifs de sécrétion urinaire finissent par rétrograder sous l'influence du traitement, mais sans être descendus encore franchement à la quantité normale. L'albumine s'est abaissée assez brusquement les premiers jours ; actuellement, elle continue toujours à décroître. Il semble, lorsqu'on parle de néphrite infectieuse, que l'on doit s'attendre à une diminution de l'urée ; or, sauf pour un ou deux jours, le chiffre de ce produit de désissimilation a été normal et même supérieur à celui habituellement observé ; il a varié entre 22 et 43 grammes par 24 heures, ce qui, pour un néphritique, n'est pas d'un mauvais pronostic, puisque la dépuration urinaire continue à se faire.

Ce même malade nous a présenté encore un autre intérêt : les urines du début étaient très rouges et, sans aucun doute, hémorrhagiques. Il y a donc eu chez lui de l'*hématurie*, telle qu'on peut l'observer parfois dans certaines maladies infectieuses, comme la variole, la fièvre typhoïde, la pneumonie.

Lorsque ce militaire est entré à l'hôpital, il y avait quinze jours qu'il pissait rouge, et cette hématurie a persisté encore assez longtemps, puisque ce n'est que le 5 avril seulement que l'on a constaté l'absence de globules dans les urines. Jusqu'alors, toutes les fois que l'examen microscopique avait été fait, on avait rencontré de nombreux globules rouges et blancs, et surtout des cylindres granuleux. Ces cylindres étaient abondants et on les a encore trouvés, alors qu'il n'y avait plus trace de sang dans les urines. Un pareil cas de néphrite hémorrhagique peut être considéré comme exceptionnel dans la fièvre ourlienne ; il n'y a guère, à notre connaissance, que Jourdan, en 1878, qui, à Dax, eut occasion de l'observer une fois. Il s'agissait d'un caporal de chasseurs, d'une constitution excellente et sans maladies antérieures, qui fut atteint d'oreillons doubles pendant lesquels il eut des épistaxis répétés, s'accompagnant de bronchite, de douleurs lombaires et enfin d'une hématurie qui persista six jours.

L'existence du sang dans les urines, associé à des cylindres, nous est un indice de première valeur pour nous expliquer l'état du rein de notre militaire. Il est facile ainsi de comprendre que l'élément congestif a eu un grand rôle au début ; mais à cette hyperhémie rénale n'a pas tardé à venir s'ajouter de la phlegmasie, les tubes urinifères rencontrés en sont un juste témoignage. D'ailleurs, au chapitre d'anatomie pathologique, nous nous étendrons plus longuement au sujet des lésions que nous supposons exister.

Cet état congestif du rein peut-être comparé avec ce qui se passe dans beaucoup d'épidémies du côté des testicules. Ceux-ci commencent à devenir douloureux, puis ils se tuméfient, le scrotum rougit et une orchite simple ou double apparaît. Que se passe-t-il alors dans les glandes séminales? Or, nous savons qu'il s'agit là d'une congestion testiculaire active suivie d'une diapédèse de globules blancs ; il y a, en un mot, inflammation

de tout le tissu ; mais cette inflammation peut, au bout de quelques jours disparaître, s'atténuer, les vaisseaux se dégorger et les quelques globules blancs extravasés rentrer dans le torrent circulatoire. Tout alors finit pour le mieux, et l'orchite n'est que passagère. Mais, dans d'autres cas, il en est tout autrement, les globules blancs extravasés et les cellules embryonnaires vont former une trame nouvelle, un tissu conjonctif de sclérose, et l'organe alors sera profondément atteint, il sera annihilé dans ses fonctions, il marchera vers l'atrophie. Or, ce que nous venons de constater dans les testicules, c'est cela que les oreillons peuvent aussi produire dans le rein. Congestion intense au début, pouvant même s'accompagner d'hématurie, puis, au bout de quelques jours, peu à peu tous les phénomènes s'apaisent ou bien, au contraire, des phénomènes de destruction, de sclérose ne tardent pas à s'implanter, et le rein alors est gravement compromis : c'est la néphrite qui s'installe. Aussi le mot de M. le professeur Carrieu « d'orchite rénale » est-il tout à fait expressif et nous fait-il très bien saisir le rapprochement entre la complication testiculaire et la complication rénale.

Le *diagnostic* de la fluxion rénale demande à être fait de bonne heure ; cependant nous avons vu qu'il n'était pas toujours commode, que souvent il ne se traduisait par aucun signe extérieur, si bien que la recherche de l'albumine dans l'urine avait été nécessaire pour mettre sur la voie. Dans d'autres cas, certains troubles, tels que céphalée, vomissements, vertiges, affaiblissement de la vue peuvent la faire soupçonner, mais on avouera que ce sont là des phénomènes qui existent bien souvent au début et pendant le cours de certaines pyrexies, si bien que l'on ne peut y attacher trop d'importance. Meilleurs sont le gonflement, l'œdème des paupières, du cou, des membres inférieurs et quelquefois de tout le tissu cellulaire.

L'oligurie, les urines rares, chargées, rouges, recouvertes d'une mousse persistante sont aussi de précieux signes.

Quant à l'urémie délirante et convulsive, elle est moins banale, et point n'est besoin de dire qu'elle signifie un état extrêmement grave. C'est une véritable attaque d'éclampsie qui se produit, suivie de coma, qui, quelquefois, comme pour le malade de Colin, peut entraîner la mort. Il est bon ici de prendre garde et de ne pas faire dépendre de néphrites ourliennes certaines convulsions qui, chez l'enfant et même chez les adultes, peuvent se produire dans le cours des oreillons. Il s'agit alors de troubles cérébraux, de véritables méningites qui ont pu entraîner la mort comme par exemple dans un cas de Gillet. En général, on les différencie aisément car les symptômes propres à l'urémie sont absents, tandis que ceux de la méningite sont le plus souvent évidents pour qu'un diagnostic précis puisse être porté. Néanmoins, beaucoup d'observations de convulsions, délires, rapportées à une époque où la néphrite ourlienne était peu ou pas connue pourraient bien n'être que les manifestations d'une intoxication urémique.

Enfin, joints à tous ces signes et pour mieux s'assurer de la valeur du diagnostic, *l'analyse de l'urine* et son *étude au microscope* révèleront : l'une la présence de l'albumine, l'autre de nombreux globules rouges et blancs, quelquefois des cylindres granuleux lorsque la lésion sera plus étendue.

Ajoutons que tous les auteurs ne s'accordent pas sur la fréquence relative des cas d'albuminurie dans les oreillons ; les uns admettent qu'elle y est très rare; d'autres comme Siredey, signalent son existence dans environ le 30 0/0 des cas ; mais elle est alors si légère et si peu accompagnée de troubles qu'elle passerait le plus souvent inaperçue. Cependant la statistique de M. Siredey nous paraît un peu trop élevée, car de nombreux travaux sur des épidémies d'oreillons ont paru et les cas d'albuminurie, même légère, y sont très restreints. C'est ains

que dans l'épidémie de Montpellier de 1887, qui sévit sur le 122e d'infanterie et le 2e génie, Puech, dans sa thèse inaugurale, n'a pu nous citer un cas de complication rénale. Beaucoup d'autres complications s'étaient présentées, telles que l'orchite, le pseudorhumatisme, la péricardite, l'endopéricardite, l'érysipèle et la pneumonie sans que jamais on ait observé de l'œdème de néphrite et de l'albumine dans les urines. Ne voyons-nous pas encore des malades qui entrent dans le service des contagieux avec le diagnostic oreillons, ne nous présenter aucun phénomène d'albuminurie, les recherches dans les urines faites à ce sujet sont négatives. M. Laveran a constaté très rarement la localisation rénale des oreillons et nous nous rangeons plutôt à son opinion.

Anatomie pathologique.

L'étude que nous avons faite des différentes observations rapportées à des époques différentes et en des lieux divers, nous a montré que les symptômes n'étaient pas toujours les mêmes, tantôt absents, tantôt fugaces, d'autres fois plus sérieux et pouvant même persister indéfiniment. A ces néphrites de formes si variées, doit correspondre également une diversité dans l'état du rein. Seulement, la néphrite ourlienne ayant été rarement cause de mort, il s'ensuit que les autopsies sont exceptionnelles ; peut-être même la science médicale ne possède-t-elle que celle du garde républicain dont parle Colin et qui fut faite par Laveran. Ce militaire, comme nous indique l'observation, était très gravement atteint, et c'est au milieu d'une crise d'urémie convulsive qu'il a trouvé la mort.

Voici, d'après le professeur Colin, en quel état se trouvaient les reins :

« Les reins sont volumineux ; le rein gauche présente des altérations plus avancées. La capsule peu adhérente se déchire facilement ; elle présente une coloration d'un blanc jaunâtre avec des arborisations vasculaires. A la coupe, la substance corticale présente une teinte générale jaunâtre ; sur ce fond, des taches blanches irrégulières ayant l'aspect de taches graisseuses. Dans l'intervalle, des points hyperhémiés. Les principales altérations du rein droit portent également sur la substance corticale qui est plus congestionnée que celle du rein gauche. M. le Professeur-agrégé Laveran ayant fait l'examen histologique de ces organes constata ce qui suit : les altérations

du rein droit portent presque exclusivement sur la substance corticale, ainsi que le faisait prévoir l'examen microscopique; le tissu conjonctif présente des traces manifestes d'inflammation. Il a dissocié, comprimé les tubuli ; on trouve ça et là de jeunes cellules provenant d'une prolifération des cellules plasmatiques; il y a donc néphrite interstitielle aiguë, mais cette néphrite interstitielle n'est pas sans mélange de néphrite épithéliale, un grand nombre de tubuli sont remplis par des cylindres fibrineux, d'autres renferment de grandes cellules arrondies granulo-graisseuses qui sont évidemment des cellules épithéliales en voie de dégénérescence. Ce qui attire surtout l'attention à l'examen des coupes provenant de ce rein, c'est l'existence d'un grand nombre de cristaux, isolés ou agglomérés, qui correspondent exactement aux petits points blancs qui avaient été notés à l'examen microscopique, et qu'on avait pu attribuer au premier abord à une dégénérescence de l'épithélium, plus avancée en certains points que dans d'autres. Les cristaux disséminés dans la substance corticale, sont des cristaux aciculaires, assez analogues au premier abord aux cristaux d'urate de soude qu'on trouve parfois dans les reins des goutteux; mais ils ne se dissolvent pas dans l'eau froide et l'addition d'acide acétique ne met pas en liberté des cristaux d'acide urique, ainsi que cela a lieu quand il s'agit d'urate de soude. Les cristaux disposés sous forme de pelotes ou d'éventails sont en général contenus dans l'intérieur des tubuli qui se sont oblitérés sur certains points : ils ressemblent parfaitement aux formes cristallines de la leucine ou de la tyrosine. Dans le tissu intertubulaire, on trouve des cristaux isolés, en général, plus rarement réunis sous forme de faisceaux. Le rein gauche présente des altérations histologiques analogues à celles du rein droit, mais plus avancées. »

Si maintenant nous nous reportons à l'observation du malade, il est facile de constater que les graves phéno-

mènesobservés cadrent fort bien avec les lésions rencontrées.

Cet aspect du rein ourlien décrit par M. Laveran nous porte tout naturellement à songer à l'état du rein dans la néphrite scarlatineuse. M. le professeur Carrieu, dans un travail sur ce sujet, publié en 1880 dans la *Gazette médicale de Montpellier*, nous a indiqué que pendant longtemps on avait cru à une prédominance de la néphrite scarlatineuse sur les épithélium rénaux ; or, à la suite d'un cas de mort par urémie dans une scarlatine grave, l'autopsie démontra dans les reins des lésions qui nous paraissent comparables à celles observées chez le malade de Colin. Le tissu conjonctif interstitiel était infiltré de nombreuses cellules rondes embryonnaires qui dissociaient et comprimaient les tubes urinifères ; les vaisseaux étaient gorgés de sang et sous le coup d'une diapédèse active. Dans les glomérules, à la fois un exsudat et des cellules de nouvelle formation distendaient la capsule de Bowmann, englobaient les vaisseaux glomérulaires, les refoulaient et les resserraient parfois. Les tubuli étaient enfin pour la plupart obstrués de globules blancs et rouges, de quelques cellules épithéliales dégénérées et surtout d'albumine. Ces lésions sont donc analogues à celles du rein ourlien décrites au début ; de plus, l'histoire clinique des deux malades a beaucoup de points de ressemblance ; dans les deux cas, la marche a été rapide, la température élevée, on a noté de l'œdème, de l'albuminurie et surtout des crises éclamptiques auxquelles l'un et l'autre ont fini par succomber. C'est donc avec raison que M. le professeur Carrieu pensait que d'autres néphrites infectieuses peuvent être semblables à la néphrite scarlatineuse, lorsqu'il nous dit : « Il est possible que ces caractères se retrouvent dans certaines néphrites provoquées par les autres fièvres éruptives, l'érysipèle, la fièvre typhoïde. » On peut y ajouter les oreillons.

Par contre, il est des cas où l'albumine n'a existé que quelques jours, en si minime quantité et sans causer aucun trou-

ble, ou du moins des troubles si fugaces, qu'il ne serait pas juste de songer à une lésion rénale. Tels sont les cas de L. Renard, de Bourgeois, de Plagneux, de Gagé, dans lesquels le taux de l'albumine a été peu élevé et a vite disparu. Il est probable qu'il s'agissait chez ces malades, non pas d'une lésion soit parenchymateuse, soit interstitielle, mais plutôt d'une simple *congestion rénale*, bien plus apte elle seule à nous expliquer une légère albuminurie de quelques jours. Le terme de néphrite nous paraît donc, dans de pareils cas, un peu exagéré, et si nous l'avons quelquefois employé à leur sujet, c'est en lui attribuant, à notre avis, le sens d'hyperhémie rénale.

Voudrait-on voir également autre chose qu'une congestion du rein dans les observations de Karth, Laveran et Bézy ? Nous ne le pensons pas. L'examen des urines dans certaines d'entre elles n'a jamais montré l'existence de cylindres ; dans celle de Bézy, l'urine était rouge, comme sanguinolente, mais l'albuminurie n'a pas duré, de même que chez les autres. De plus, si l'on doit attacher une certaine importance à la notion de l'albumine trouvée, il est bon de remarquer que celle du malade de Karth était à la fin non rétractile, c'est-à-dire qu'elle indiquerait non pas une lésion du rein, mais plutôt une modification dans la tension sanguine, une congestion du rein.

Cependant, une albuminurie de peu de durée peut dépendre de véritables lésions rénales qui auront donné lieu à des symptômes d'une certaine importance. Dans ces cas, comme dans la néphrite scarlatineuse dont parle M. le professeur Carrieu, « tous les symptômes surviennent rapidement, se succèdent d'une façon précipitée ; dans quelques jours, l'histoire clinique est terminée par la mort, ou bien les accidents moins intenses s'amendent peu à peu et la guérison s'obtient dans un espace de temps relativement court. » N'est-ce pas là, en effet, le cas du malade de Toussaint, qui a présenté les graves phénomènes

de l'urémie, dont les urines rares et albumineuses renfermaient de nombreux tubes épithéliaux, et cependant chez qui tous les symptômes ont disparu dans très peu de jours.

Plus rarement s'établit une lésion qui deviendra définitive ; dans ce dernier cas, il est difficile d'en préciser le siège, mais il semble cependant que pour certaines observations, en particulier pour celles de Le Roy, et de Vignerot, citée au chapitre suivant, ce soit sur le tissu épithélial que la lésion prédomine. Nous trouvons là, en effet, les symptômes de néphrite chronique à gros reins : œdème, oligurie, albuminurie, diarrhée, vomissements ; mais à dire que le tissu interstitiel n'est pas atteint serait hasardeux, il est probable qu'il doit être lésé, mais moins.

Dans l'observation inédite que nous citons, il y a lieu de penser à une véritable néphrite, légère sans doute, mais toujours est-il qu'elle existe. Peut-être au début n'était-ce que de la congestion rénale, puisque le malade a uriné rouge très longtemps. Il est probable qu'à ce moment ses capillaires rénaux étaient gorgés de sang, des hémorragies avaient dû se produire aussi bien dans le tissu interstitiel que dans les glomérules, ses tubuli contorti renfermaient des globules rouges et blancs au milieu d'un exsudat albumineux et de quelques cellules. C'est là ce qu'attestent les tubes urinaires que l'on rencontrait sous le champ du microscope. Constatons cependant que cet épanchement ne devait pas intercepter le cours de l'urine, puisque la quantité a toujours été élevée ; la lumière des canaux devait être libre chez la plupart, de sorte que la lésion épithéliale ne devait pas être bien étendue. De plus, pour expliquer cette diurèse, il faut une tension suffisante dans les vaisseaux glomérulaires, ce qui indique qu'ils n'étaient pas comprimés, annihilés dans leurs fonctions par des épanchements, comme cela a lieu dans certaines néphrites aiguës. Nous sommes donc amenés à conclure que, consécutivement à

la congestion du début, il s'est établi une lésion, mais que tout fait supposer qu'elle doit s'étendre autant au tissu interstitiel qu'au tissu épithélial.

Actuellement, la quantité urinaire est toujours abondante, l'urine ne possède plus de tubes ni de sang, il y a seulement un peu d'albumine ; il semble donc que la lésion du côté de l'épithélium est en bonne voie de guérison.

Grâce à cette diurèse abondante, grâce aussi à ce que son épithelium rénal est en grande partie conservé ou restauré, l'élimination des substances de déchet se produit convenablement. L'urée s'élimine en quantité suffisante et même souvent supérieure à la normale. Mais nous savons de plus que si l'azote passe bien, il faut encore que le carbone s'élimine suffisamment. C'est ce que M. Bouchard, a étudié dernièrement dans le *journal de physiologie et de pathologie générale*. Il doit y avoir, d'après lui, un certain rapport entre le C et l'Az éliminés par le rein et lorsque ce rapport diminue, il y a menace d'intoxication de l'organisme, il faut donc que le rapport $\frac{C}{Az}$ soit assez élevé. M. le professeur agrégé Moitessier, qui l'a recherché chez notre malade a trouvé qu'il était de 0,81, c'est-à-dire que d'après les travaux de M. Bouchard, en tenant compte de l'âge du malade, on peut le considérer comme normal.

Cette bonne élimination des produits toxiques est d'un bon augure pour notre militaire, elle montre que si ses cellules rénales se laissent franchir par l'albumine, elles laissent passer les produits de la dénutrition, ce qui est l'essentiel. D'ailleurs l'albumine diminue bien, quoique le régime lacté ne soit pas rigoureusement suivi depuis quelques jours, le patient prend en effet un peu de pain et quelques œufs.

On peut donc constater tous les degrés dans les complications rénales des oreillons. Le rein peut y être largement et profondément lésé, d'où dépuration urinaire profondément

entravée. Il peut l'être moins et permettre la vie du malade, mais le retour à l'état normal n'est pas toujours complet et les symptômes du mal de Bright ne tardent pas à s'établir. Plus heureux sont les cas dans lesquels, quoiqu'il y ait eu lésion, et que les symptômes de néphrite aient persisté assez longtemps, tout est rentré dans l'ordre. Est-ce que la substance détruite s'est finalement réparée, ou bien que la lésion est simplement endormie, prête à se réveiller à la moindre occasion ? La réponse est difficile, mais toutefois on peut admettre que l'épithelium se régénère, au même titre que se régénère l'épithelium bronchique après les inflammations de cet appareil. Enfin dans la majorité de ces observations, l'albuminurie légère et passagère est l'indice d'un simple état congestif du rein, congestion qui se dissipera vite et n'aura dans la suite aucune répercusssion sur l'organisme.

Marche. — Pronostic. — Traitement

Si on admet l'opinion de Siredey, qui veut que dans le 30 % des cas, les ourles soient suivis d'albuminurie ; on est étonné alors de constater que proportionnellement au nombre des malades atteints, il y en a très peu qui présentent les phénomènes caractéristiques de la néphrite. Chez beaucoup et on peut même dire chez la majorité de ceux qui éprouvent un retentissement des oreillonssur les reins, c'est l'analyse seule de l'urine qui met sur la voie. Elle montre d'habitude que la quantité d'albumine est minime, et qu'au bout de quelques jours, parfois même le lendemain toute trace a disparu pour ne plus jamais revenir.

Dans les cas un peu plus sérieux, nous voyons la néphrite commencer dès le début, ou plus souvent en pleine période de la maladie, accompagnée ou non d'autres complications comme l'orchite. Elle se traduit par de l'œdème qui va s'atténuant et par une albuminurie plus persistante que la précédente. Parfois tout semble rentrer dans l'ordre, puis quelques jours après de nouveau les mêmes phénomènes reparaissent et traînent en longueur. C'est ainsi que M. Croner a rapporté à la société de médecine de Berlin, en 1884, une observation de néphrite ourlienne chez un garçon de 6 ans : 15 jours après le début des oreillons on constata un œdème des paupières, des pieds et des mains accompagné d'une ascite légère. L'urine était rare, hémorrhagique et albumineuse. Cette poussée de néphrite se dissipe, puis 6 jours après la fièvre se rallume, un gonflement angulomaxillaire se montre et les urines redeviennent

sanglantes et albumineuses. Puis les ganglions du côté droit se prennent aussi et l'albuminurie dure encore 5 semaines au bout desquelles l'enfant guérit.

Dans l'observation de notre militaire, un peu semblable à la précédente, l'albuminurie dure en effet depuis déjà assez longtemps, mais elle est allée s'atténuant depuis le début où l'on trouvait 8,80 d'albumine en 24 h. jusqu'à maintenant où il y'en a que des traces. Il est probable qu'au bout de quelques jours encore de traitement elle cessera et que l'on arrivera à une guérison complète. D'ailleurs actuellement *l'albuminurie* est le seul symptôme de néphrite, il n'y a plus ni *œdème*, ni *épanchement*, ni *céphalée*, ni *tubes*, ni *sang*.

Il ne faudrait cependant pas croire, malgré la bénignité ordinaire de la néphrite ourlienne qu'elle ne puisse jamais durer et passer à l'état chronique. Certaines observations existent pour prouver le contraire. C'est ainsi que Catrin nous raconte dans la *gazette des hôpitaux* qu'il connait un cas de réforme dans l'armée pour une néphrite chronique consécutive à des oreillons. Gaucher ne parle-t-il pas également d'un infirmier chez lequel 2 ans après les oreillons qu'il avait eus en 1881, on constatait encore de l'albumine en quantité suffisante dans les urines. Il est vrai que c'était un alcoolique, mais avant les oreillons il n'avait jamais présenté aucun signe de néphrite, sa santé était parfaite. En 1885, il avait encore de l'albumine dans les urines et se plaignait de quelques troubles de la vue. Son état général était bon.

Une autre observation prise dans la thèse de Vignerot en est aussi un curieux exemple : il s'agit d'un malade qui a eu la fièvre typhoïde à 30 ans. Il garda le lit six semaines ; la convalescence s'établit rapidement et la santé redevint excellente jusqu'à l'âge de 41 ans, auquel il contracta des oreillons compliqués d'une orchite du côté droit. A la suite de cette maladie, il resta affaibli et un peu plus de deux ans après, se fit exami-

ner par un médecin qui constata de l'oligurie et de l'albumine dans l'urine. Quelques mois après le mieux n'arrivant pas, il entre à l'hôpital où l'on note 1 litre d'urine par jour et 50 cg. d'albumine par litre. Il n'y a pas d'œdème, mais la céphalée, les crampes dans les jambes, les transpirations, surtout la nuit, des troubles oculaires, des coliques et la diarrhée tourmentent le malade, Des accès d'oppression accompagnés de toux éclatent de temps à autre. Pendant son séjour à l'hôpital son état reste toujours à peu près le même, avec 0 gr. 50 cent. d'albumine par litre. Vignerot ajoute que cette néphrite chronique actuelle doit plutôt être rattachée aux oreillons, car il était demeuré bien portant après la fièvre typhoïde pendant une très longue période, tandis que depuis les oreillons, il se plaignait continuellement.

Le cas fœtal de Le Roy est également aussi un bon exemple de néphrite chronique puisqu'un mois après ce qu'on croyait la guérison, la fillette qui fait l'objet de l'observation est prise de symptômes de néphrite contre lesquels échouent les traitements les plus employés.

A côté de ces cas graves, mais à marche chronique, on peu placer ceux dont l'évolution est plus rapide, très sérieuse également, tel celui de Colin. Ici, c'est dès le début que l'on constate les symptômes dus à la lésion rénale, symptômes qui sont éminemment terribles puisqu'ils sont ceux de la grande urémie convulsive et comateuse. De nombreuses crises se produisent et l'une d'entr'elles emporte le malade. La marche de la maladie avait duré 27 jours.

Bien ressemblant au précédent est le cas du médecin-major Toussaint :

Chez son malade c'est cinq jours après le gonflement parotidien que surviennent les signes de la néphrite, l'abattement, la somnolence du sujet d'abord, puis enfin une violente attaque convulsive qui dure un quart d'heure, à la suite de laquelle

succède un véritable coma avec respiration stertoreuse, insensibilité des pupilles, résolution musculaire complète, et enfin anurie. Une seconde crise éclamptique ne tarde pas à apparaître, suivie comme la précédente d'un coma profond. Heureusement un traitement énergique est institué et le malade revient peu à peu à lui tandis que les urines reparaissent de plus en plus abondantes et que la fièvre, très élevée pendant les crises (39°5) s'abaisse jusqu'à près de la normale. Quelques jours après les urines atteignent 1100 grammes et toute albuminurie a disparu.

En même temps, coexistait une orchite double qui a ramolli les glandes testiculaires, ce qui semble compromettre la fonction pour l'avenir. Hors cette localisation sur les testicules, le malade s'est parfaitement rétabli de ses oreillons et en particulier de sa lésion rénale. Il ne présenta plus aucun phénomène digne d'être relaté.

Tout en étudiant la marche suivie par la néphrite ourlienne, nous avons été obligés de faire part du *pronostic* et nous y avons vu : 1° que le plus souvent le pronostic *est bénin* ; 2° que plus rarement il est *un peu sérieux*, mais que toutefois tout rentre à l'état normal ; 3° qu'il est des cas exceptionnels où la lésion se transforme en *mal de Bright*, ou encore que par sa marche rapide et son tableau des plus terribles elle peut entraîner *la mort* au bout de quelques jours.

Quel est le *traitement* applicable à cette néphrite ?

En premier lieu, le *régime lacté absolu* doit être institué ; il a le double avantage de former beaucoup moins de produits toxiques dans l'organisme et d'être un bon diurétique. Le *képhir* peut le remplacer, si le malade a du dégoût pour le lait.

Dans les formes bénignes et légères où l'on ne peut songer qu'à de la congestion rénale, c'est à cette dernière qu'il faut s'adresser et le *tannin* se trouve alors indiqué ; c'est lui, en

effet, qui a été prescrit chez notre malade au début. Si la congestion s'accompagne de néphrite, on devra surveiller la dépuration urinaire, veiller à la bonne élimination des produits de déchets que l'on favorisera par des diurétiques comme le *benzoate*, le *bicarbonate* et le *nitrate de soude*. On pourra donner le *lactate de strontium*, vanté par C. Paul, à la dose quotidienne de 4 à 5 grammes ; il agirait en diminuant l'albumine dans l'urine. Quant aux œdèmes, ils diminuent d'habitude sous l'action des diurétiques ; les mouchetures que quelques-uns proposent ne sont pas sans danger ; mieux vaut ne pas les employer. Certains malades sont pris de diarrhée ; si elle n'est pas trop intense, il est préférable de la respecter, car c'est un émonctoire par où s'échappent les poisons auxquels le rein ne livre plus passage.

Malgré le traitement, la néphrite peut cependant passer à l'état subaigu ; dans ce cas, et s'il s'agit surtout de lésions épithéliales, le *bain d'air chaud* devra être employé. M. le professeur Carrieu, au *Congrès de Nancy* (1896) a dit en avoir obtenu de très bons résultats. Sous l'influence de ce bain, les combustions organiques se font mieux, le coefficient azoturique augmente, ce qui indique une meilleure oxydation de l'azote, le rein est soulagé par les éliminations qui ont lieu au niveau de la peau, enfin l'albumine diminue les jours suivants. Il active les échanges au même titre que le massage et les frictions. Chez notre militaire, où l'usage de ces bains a été établi, nous avons pu constater une action favorable.

Dans les formes aiguës intenses, il faut mettre en œuvre un traitement énergique : des purgatifs drastiques, tels que : l'*aloès*, l'*eau de vie allemande* (15 à 25 gr.), la *scamonnée* sont parfois employés avec succès (Magnol, *Congrès de Nancy*). Aux graves accidents urémiques, on oppose les inhalations d'oxygène, la saignée au bras, les ventouses scarifiées sur la région lombaire ; dans les crises convulsives, le *chloral*, le *chloro-*

forme en potions, en lavements ou en inhalations pour le second rendent souvent de réels services.

Rarement on aura à traiter la néphrite chronique consécutive aux oreillons, mais si par cas elle se présente, on devra ordonner le régime lacté le plus longtemps possible, puis le régime mixte aux œufs, fromages frais, viandes blanches. Les diurétiques y ont aussi leur place. Si l'on pense à une lésion à prédominance interstitielle, l'*iodure de sodium* sera le remède de choix.

Comme on le voit, nous nous sommes peu étendus sur les différents traitements à mettre en usage, car la néphrite ourlienne se soigne comme toute autre néphrite, qu'elle soit aiguë, subaiguë ou chronique ; il n'y a pas pour elle de thérapeutique spéciale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Résumée)

(L. Renard — *Union médicale* 1869)

En 1856, un soldat en garnison au fort carré d'Antiles, contracte des oreillons très bénins qui étaient considérés comme guéris quand quelques jours après apparurent du gonflement et de l'enflure au visage et aux pieds. L'acide nitrique révèle de l'albumine dans les urines.

Le malade est renvoyé à l'hôpital où on le nourrit largement et d'où il revient dix jours après, ayant très peu d'albumine dans l'urine. Pendant que ce malade était à l'hôpital, deux autres furent dans la même position, et trois semaines après il n'y avait plus que des traces d'albumine dans leur urine.

Les trois hommes partirent pour l'Afrique, où aucun accident consécutif à leur albuminerie ne survint.

OBSERVATION II (Résumée)

(Thèse de Karth 1883 — Service de M. Bouchard)

Garçon de 21 ans, vigoureux, entre à l'hôpital le 20 septembre 1883.

A 12 ans il eut la fièvre typhoïde. Pas d'excés alcooliques. Début le 18 septembre par de violents maux de tête, des vomissements et du gonflement des paupières. Les joues et le cou s'enflent le 19 au matin, ce gonflement s'accentue le 20 et c'est alors que le malade entre à l'hôpital où l'on constate le gonfle-

ment des régions parotidiennes, sous-maxilliaires, sus et sous-hyoïdiennes. T. 41°,1. On porte le diagnostic oreillons.

Le 21 le malade n'a pas uriné depuis la veille au soir, la vessie est vide. L'urine de la veille au soir contient beaucoup d'albumine rétractile, le gonflement du cou est toujours intense. T. 39°,6. Pouls fréquent.

Le 22 l'état s'améliore. Le 23 on note 700 gr. d'urine avec beaucoup d'albumine. Le lendemain la quantité passe à 800 gr. avec peu d'albumine. Le 25 un œdème palpébral qui existait depuis quelque jours tend à disparaître et l'albumine diminue les jours suivants, tandis que les urines augmentent pour atteindre 2,800 gr. le 29.

Le 2 octobre le gonflement des parotides et des sous-maxillaires a entièrement disparu. L'urine qui est de 1750 gr. ne contient pas d'albumine. La température est normale.

Le 3 octobre de nouveau on retrouve des traces d'albumine mais non rétractile. Pas de sucre.

L'appétit revint au malade qui n'avait pris jusque là que du lait et du bouillon, et l'alimentation est commencée. Le 8, l'urine est claire, très légères traces d'albumine non rétractile. Le malade se lève une partie de la journée.

Du 15 au 20 on ne trouve plus d'albumine et le 25 le malade sort de l'hôpital sur sa demande.

OBSERVATION III (Résumée)

(Docteur E. Renard. — *Archives de Médecine militaire* 1885.)

Un malade du 135e de ligne entre à l'hôpital avec un gonflement notable des deux parotides, de l'œdème du bas-ventre et des chevilles. Quelques jours avant, ses pieds et ses jambes étaient tellement enflés qu'il ne pouvait plus se chausser. Son urine présente une assez forte proportion d'albumine. L'aide-major du régiment M. Chêne, qui avait examiné le malade avant son entrée à l'hôpital donne, les renseignements suivants :

« Le nommé Chauvet se présente à la visite le 16 janvier

1885. Il se plaint d'inappétence, langue saburrale, pas de céphalalgie, légère angine. Le 17 gonflement de la région parotidienne, angine, langue séburrale. Le 18 même état. Je demande au malade s'il ne ressent aucune douleur dans les testicules, réponse négative. Le 20 à la visite, même état. Dans l'après-midi le malade vient me trouver disant qu'il a les parties enflées. Je constate un œdème assez considérable des bourses. Les membres inférieurs sont également œdématiés, mais à un degré moindre. Le lendemain 21 l'œdème a diminué aux bourses et aux membres inférieurs; mais il est encore très abondant. Les urines examinées par la chaleur et l'acide nitrique donnent un précipité d'albumine très abondant ».

Le malade guérit franchement quelque temps après. Il avait déjà eu une fois les oreillons l'année précédente. Quatre autres malades ayant eu de l'albuminurie à la suite d'oreillons succombèrent

OBSERVATION IV (Résumée)

(Thèse de Plagneux. Paris 1885.)

Un soldat d'infanterie de marine est pris, le 24 février, de douleurs lombaires vives et spontanées; les genoux sont légèrement tuméfiés et douloureux à la presssion.

Le 25, tuméfaction des parotides.

T. Matin : 38°, 4. T. Soir : 39°

Analyse des urines : urée : 29 gr. 7, réaction acide, pas d'albumine.

Le 27 même état.

T. Matin : 38°, 8. T. Soir 39°, 2.

Urines : urée : 29 gr. Réaction acide, pas d'albumine.

Le 28 même état.

T. Matin : 38°, 9. T. Soir : 39°, 2.

On trouve alors pour la première fois 0,50 cg. d'albumine par litre.

Le 1er Mars état toujours le même.

Le 3 Mars, il n'y a plus d'albumine dans les urines.

Les symptômes s'atténuent et la guérison est complète le 15 Mars.

OBSERVATION V (résumée)

(Thèse de M. Bourgeois, Paris 1888.

Charles X.., âgé de 18 ans, domestique prend les oreillons le 7 Mai 1887, c'est la parotide gauche qui débute, on note une tuméfaction douloureuse des glandes sous maxillaires et linguales.

9 Mai. — T. Soir : 38°.

10 Mai. — T. Soir : 40°, 5. le côté droit se prend.

11 Mai. — T. Matin : 39°, La douleur parotidienne diminue, apparition d'un peu d'albumine dans les urines.

Le 11 au soir T. 40°.

Le 12 commencement de la défervescence. Fluxion diminue. Albumine a disparu.

Le 17 guérison complète.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Thèse de M. Bourgeois, Paris 1888)

Jeune homme pris d'oreillons en pleine santé le 22 mai, Parotidite double.

6 avril, orchite droite, recrudescence des symptomes généraux, endocardite ourdienne.

L'aucultation du cœur fait entendre à la pointe un souffle systolique fort et rude et au foyer aortique un souffle également au 1er temps moins long et moins râpeux.

Le 8 avril, T. Soir : 40°,4

Le 9 avril, T. Matin : 39, 8, T. Soir : 41°, pas d'albumine dans les urines, les régions parotidiennes sont dégagées, mais l'orchite persiste.

10 avril, un peu d'albumine dans les urines, T. Matin : 39°, 4, T. soir : 40°, 2.

Le 12 la défervescence est effectuée, plus de température, plus d'albumine dans les urines, l'endocardite persiste légèrement. Le malade est complètement guéri le 25 avril.

OBSERVATION VII (résumée)

(Thèse de Gagé, Paris 1892)

Jeune homme de 17 ans, présente le 25 février 1892 de la courbature et du gonflement de la parotide gauche qu'il attribue à un refroidissement. La langue est saburrale.

T. 38°, 2, pas d'albumine.

Le 24, la parotide droite se prend à son tour, tandis que la gauche diminue. Pas de fièvre, ni d'abattement. Repos à la chambre.

Le 1er Mars, le malade est pris d'un violent frisson T. 39°, 8 dans l'aisselle. Céphalée, vertige, aspect typhoïde. Tuméfaction de l'épididyme gauche, le régime lacté absolu est institué.

Le 2 mars persistance du mal de tête et des vertiges. Langue blanchâtre, urines rares et épaisses, 0,45 centig. d'albumine par litres. T. Matin 39°, 3, T. Soir 39°.

Le 4 mars l'albumine a diminué sensiblement, 0, 25 centig. par litre. Langue plus nette.

Le 6 mars traces d'albumine, le malade va mieux.

Le 10, l'albumine disparait, retour à l'alimentation ordinaire.

Le malade vu plusieurs fois après, ne présentait plus d'albumine dans les urines.

OBSERVATION VIII (Résumée)

(Thèse de Gagé, Paris 1892)

Il s'agit d'un garçon de 19 ans qui n'a eu dans ces antécédents personnels qu'une rougeole bénigne à 8 ans.

Le 4 mars 1892 il s'est mouillé, a eu froid et le lendemain il s'est aperçu d'une enflure douloureuse au niveau de l'angle gauche de la mâchoire. Un peu de céphalée, pas d'anorexie. Ceci dure jusqu'au 28 où les symptômes généraux augmentent, il a du

malaise, de la céphalée, des frissons de l'anorexie, des vomissements. Il se couche et se décide alors à entrer à l'hôpital le 29.

Le 30 T. Matin 40, 5, T. Soir 39°, 5. Epistaxis, vomissements, diarrhée, mal à la gorge, abattement, glandes parotidiennes sublinguales et submaxillaires sont tuméfiées.

Pas d'albumine.

Les symptômes généraux s'amendent, T. Matin 39°, 2, T. Soir, 39°, 5. Parotides moins tuméfiées et moins douloureuses.

Le 1er, le 2 et le 3 avril, la température s'abaisse, la fluxion diminue et les symptômes généraux disparaissent.

Le 4 seulement, traces d'albumine dans les urines.

Le 5 température normale, 0, 25 d'albumine par litre.

Le 6 même état, même quantité d'albumine.

Le 8 la parotidite et l'albumine ont disparu ; le malade sort guéri.

OBSERVATION IX (Résumée)

(Thèse de Gagé, Paris 1892)

Tognet (Jean-Baptiste), 29 ans, garçon de magasin, entre le 18 avril 1892 à l'Hôtel-Dieu.

Antécédents personnels : rougeole bénigne en 1870, ancien alcoolique, depuis n'a jamais été malade.

Le 13 avril la parotide gauche grossit bientôt suivie par la droite le lendemain. En même temps une soif vive, la courbature, la céphalée, la fièvre font leur apparition.

Tandis que les oreillons disparaissent le 17, le testicule droit, puis le gauche se prennent.

Le 19 les oreillons out disparu, mais l'orchite persiste.

Pas d'œdème des jambes, ni de bouffissure de la face.

Dans l'urine on trouve beaucoup d'albumine.

Le 23 avril, l'orchite a bien diminué, plus de douleurs, plus d'albumine.

Le 27 le malade est guéri.

OBSERVATION X

(Service de M. le Professeur Carrieu. — recueillie par le Dr Pelon, chef de clinique médicale.

Oreillons, œdème, hématurie, albuminurie forte au début s'atténuant de plus en plus

X..., 22 ans, soldat de 2e classe au 122e d'infanterie, entre à l'hôpital de Montpellier le 13 Mars 1899.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — A eu la fièvre typhoïde à l'âge de 17 ans, durée 1 mois 1/2. S'est très bien remis Pas d'habitudes alcooliques.

Maladie actuelle. — Elle a débuté il y a 15 jours, sans cause appréciable : ni refroidissement, ni fatigue exagérée. Le malade a éprouvé une douleur assez marquée et progressive dans la région parotidienne gauche qui s'est en même temps tuméfiée; il éprouvait une certaine difficulté pour effectuer les mouvements de mastication. Mais il n'y avait aucune gêne à la déglutition. Le sujet avait seulement ressenti une légère douleur de gorge 15 jours auparavant, mais ne s'était pas fait porter malade pour cela. La douleur et le gonflement parotidien ont augmenté les jours suivants et la région parotidienne droite a été prise a son tour, une dizaine de jours après la gauche. Le malade s'est alors présenté à la visite le 12 mars. Jusque là il avait fait intégralement son service et ne s'était pas beaucoup préoccupé de son état.

En voyant le double gonflement parotidien, le médecin-major pense aussitôt aux oreillons assez nombreux chez les militaires de son régiment. Mais en examinant plus attentivement, il note une bouffissure de la face qui le conduit à chercher ailleurs : i constate un œdème très considérable des membres inférieurs. L'examen des urines révèle une quantité notable d'albumine; aussi envoie-t-il le malade à l'hôpital avec le diagnostic : oreillons avec néphrite albumineuse aigüe.

Etat actuel le 13 Mars. — Le malade est placé au n° 6 du pavillon d'isolement affecté aux oreillons dans le service de M. le Professeur Carrieu. On est frappé tout d'abord de la tuméfaction parotidienne des deux côtés, mais surtout du côté gauche. La peau n'est pas rouge à ce niveau, et la douleur à la pression est très modérée.

La douleur et le gonflement ont du reste bien diminué. Indépendamment de ce gonflement parotidien, il existe une bouffissure bien marquée de la face, facile à constater aux paupières, mais plus nette encore à la partie inférieure du visage et au cou. Avec cela le visage est très pâle. Du côté de la bouche et de la gorge, on constate seulement une légère rougeur du pharynx, sans aucune douleur à la déglutition.

Les membres inférieurs sont très œdématiés ; le godet déterminé par la pression du doigt est net et profond. Cet œdème remonte jusqu'aux cuisses. Il n'y a pas d'enflure des bourses. Mais le ventre est un peu gros, et certainement il existe un léger degré d'ascite.

Cet œdème des jambes remonterait seulement à 2 ou 4 jours, au dire du patient.

Les urines sont très rouges, contenant certainement du sang, mais très transparentes. Il y a beaucoup d'albumine que l'on dosera demain.

Le malade pisserait rouge depuis quinze jours, c'est-à-dire depuis que ses oreillons auraient débuté. La couleur anormale de ses urines ne l'avait pas préoccupé. Il n'avait d'ailleurs éprouvé à aucun moment de douleur dans les reins ou pendant la miction.

Il n'y a pas de fièvre. Le pouls est à 72. Il est petit et irrégulier. Le malade ne tousse pas. Rien à la poitrine.

Cœur : Arythmie très marquée : 1er bruit un peu sourd, 2^{e} bruit très claqué.

On porte le diagnostic d'oreillons avec néphrite à forme congestive.

Comme traitement, on met le malade au repos au lit, et on le met au régime lacté absolu.

14. — L'état est le même. Autant d'œdème, mais le gonflement parotidien a bien diminué. Du côté droit il ne reste rien. Le côté gauche seul est encore tuméfié. Aucune douleur lombaire.

Urines : 2200 cent cubes, beaucoup moins rouges, très troubles, contenant un dépôt abondant et 9 grammes d'albumine. Le dépôt renferme de nombreux globules rouges et blancs et des cylindres granuleux.

Cœur. — Arythmie moins grande, 1er bruit mieux frappé. De temps à autre dédoublement du 2e bruit à la pulmonaire. Pouls 70, plus régulier.

Continuer même traitement.

16. — Le gonflement parotidien diminue, il est moins douloureux.

L'œdème est moindre aux jambes et à la face. Les urines sont de nouveau très rouges, très abondantes (3300 cent cubes).

Dans le dépôt : cylindres, globules blancs et rouges. Albumine : 6 gr.

Pour tâcher de diminuer cette congestion rénale excessive, on applique huit ventouses scarifiées sur les reins.

17. — Œdème a encore diminué. Urines moins abondantes. (1350 cent cubes). plus foncées et plus troubles. Beaucoup moins d'albumine : 2 gr. 80.

20. — Il ne reste rien du côté des parotides. Aussi fait-on passer le malade à la salle Martin-Tisson où il sera mieux. Les urines sont à 2 litres, très troubles, contenant 3 gr. 20 d'albumine. Cœur : bon.

21. — Presque plus d'œdème. Urine plus rares (1700 cc). On donne comme diurétique : sirop de sucre : 200 gr. à prendre dans le lait.

22. — Urines : 2 litres. Albumine : 2 gr. 60.

23. — Urines 2200 cc. Le malade se trouve bien. Il est tout à fait désenflé. Rien au cœur.

24. — Urines 2300 cc. Albumine 2 gr. 53, très troubles. Il y a encore des cylindres et des globules. Supprimer le sucre.

25. — Urines 2200 ; elles sont de nouveau très rouges. On

donne tannin 0,20 centig., bi-carbonate de soude 0,30 centig. pour 1 cachet n° 5.

27. — Urines 2500, toujours très rouges. Albumine 3 gr. Le malade réclame à grands cris à manger. C'est un travailleur de terre, habitué à beaucoup de nourriture, On lui permet une petite tranche de pain qu'il trempera dans son lait.

1er Avril : Urines : 2100. albumine 1,90.

5. — Les urines ne renferment plus de globules. Il y a encore des cylindres. L'albumine est à 1 gr.

On supprime le tannin et l'on prescrit : lactate de strontium 2 gr. dans 30 gr. de sirop des 5 racines.

7. — Les urines sont moins abondantes 1700 cc renfermant 1 gr. d'albumine.

10. — Urines : 2100 cc. Albumine 1,26.

13. — Pour exciter les fonctions vicariantes de la peau on fera des frictions à l'essence de térébenthine. Le malade ayant grand faim, on permet 2 œufs gobés.

15. — L'albumine a un peu augmenté, à cause des œufs et du pain trempé dans le lait que prend le malade.

18. — On prescrit un bain d'air chaud avec l'appareil usité pour les cholériques; la température aussitôt après chauffage monte à 38°5 et le pouls à 110, 2 heures après la température revient à la normale et le pouls à 84.

Urine 2200 cc. Urée des 24 heures : 28,82, albumine 1,32.

19. — Urines moins abondantes a cause du chauffage (2000 cc) l'urée est de 24,6, le rapport azoturique est de 83 %; ainsi il y a 17 % d'Az qui n'est pas éliminé sous forme d'urée, c'est donc une mauvaise oxydation.

22. — Chauffage. Urines 1800 cc; urée 30 gr. 6, albumine 1,26.

24. — Chauffage comme le précédent, c'est à dire en portant la température du corps aussitôt après le bain à 38° environ. L'albumine a légèrement augmenté, elle est de 1 gr. 62.

26. — Chauffage. Le malade se plaint d'un peu de céphalalgie après le bain. Urines 2050; l'urée augmente, elle est à 43,87; l'albumine 1,84.

28. — Chauffage, urée 30 gr. albumine 1,80 dans 2000 cc. d'urines. L'Azote se brûle mieux, le rapport azoturique : 93 %.

1er Mai. — Chauffage, 2000 cc d'urine avec 26 gr. durée. L'albumine a diminué : 1 gr. 20.

3. — Chauffage ; comme on le voit ci-dessus, c'est tous les deux jours qu'on l'a fait et qu'on continuera à le faire. Les urines sont plus claires ; l'albumine a un peu augmenté (2 gr. 16) car le malade a mangé un peu plus que de coutume: Il ne prend que 2 litres à 2 litres 1/2 de lait par jour.

5. — On prescrit la lactose, il n'y a plus que 1 gr. d'albumine pour 2000 gr. d'urines. Le carbone total a été dosé (6 gr.) et le rapport du carbone urinaire à l'azote urinaire total est de 0,81, ce qui est à peu près normal. Chauffage.

6. — Le malade s'est levé et s'est promené, peut-être a-t-il fait quelque excès de nourriture, car le soir il est pris d'une fièvre assez forte (39° 4) mais qui ne persiste plus le lendemain matin

8. — Plus que 0,84 cgr. d'albumine dans 2800 gr. d'urine, on supprime la lactose. Chauffage.

9. — Il y a moins d'urines (1200 cc) car on a supprimé la lactose et la veille on a donné un bain d'air chaud. L'albumine est descendue à 0, 48 centig.

10. — On recueille 1900 cc d'urine, dans laquelle on ne trouve que 0,76 cg d'albumine. Le malade est chauffé.

12. — Autre bain d'air chaud. L'urine et l'albumine. atteignent les même chiffres que le 10.

13. — On note 1300 cc d'urine et 0,52 centig. d'albumine. L'urée est de 18 gr. 2. Le malade se sent très bien, il a engraissé. Malgré les œufs et les deux quarts de pain qu'il prend depuis la date que nous avons indiquée son albumine a suivi une marche descendante, et le jour n'est pas éloigné où il ne sera plus possible de la doser dans son urine. Bien entendu il continue toujours à boire environ 2 litres de lait par jour.

16. — Les bains chauds sont supprimés. Urine : 1550 cc. ; Albumine : 0,15 cgr.

17. — Le malade se lève toute la journée, il n'a plus que des traces d'albumine.

Il ne nous a pas été possible de continuer l'observation de ce malade jusqu'à sa complète guérison ; mais cependant en voyant l'amélioration se manifester, en constatant peu à peu la diminution de l'albumine dans les urines, et l'abaissement de la quantité urinaire jusqu'à un taux voisin de la normale, nous sommes autorisés à penser que le rein est en train de se réparer et que bientôt tout sera rentré dans l'ordre.

OBSERVATION XI (Résumée)

(Dr Toussaint. — Communiquée à la *société médicale des hôpitaux* par M. Laveran, Mars 1893)

Oreillons, Orchite, Néphrite, Accidents urémiques convulsifs, Guérison

Un soldat d'infanterie entre à l'hôpital d'Avignon le 1er février 1893, pour une fluxion parotidienne double. C'est un homme vigoureux, sans antécédents pathologiques.

Le 5, le gonflement parotidien a un peu diminué, le testicule droit est douloureux. Le soir la température s'élève (39°) le malade est somnolent, et pendant la nuit éclate uue violente attaque convulsive qui dure un quart d'heure, suivie de coma. La respiration est stertoreuse, insensibilité des pupilles, résolution musculaire complète, le malade n'a pas uriné depuis la veille, le cathétérisme de la vessie ramène 150 gr. d'urine foncée dans laquelle on ne trouve pas d'albumine.

Le 6 au matin, nouvelle crise identique à la première et l'urine, quelques grammes seulement, donne lieu à un très fort coagulum albumineux. La température est de 39°, 5. Le malade reste toute la journée dans le coma, malgré une saignée, des applications de ventouses scarifiées sur les reins, et des inhalations d'O. Pas de miction.

Le 7 au matin le malade sort de sa torpeur ; 250 gr. d'urine depuis la veille, elle est foncée et sans albumine.

Le 8, le mieux s'accentue, il y a 600 gr. d'urine dans les

dernières 24 heures, avec un dépôt abondant, mais sans albumine. L'examen microscopique du sédiment urinaire y révèle beaucoup de tubes épithéliaux.

Le 9 le malade a recouvré ses facultés, les testicules seuls sont douloureux, rouges et volumineux. Urines (1100 gr.), sans albumine.

Le 10 et les jours suivants on note de 1700 à 2000 gr. d'urine et la convalescence n'a été entravée par aucun autre phénomène.

La fluxion testiculaire a disparu, mais les glandes en sont ramollies, ce qui parait d'un fâcheux augure pour l'avenir de la fonction.

OBSERVATION XII (Résumée)

(du professeur Colin. — *Union médicale*, 1876)

Oreillons, Néphrite grave, Accidents urémiques, Mort

Un garde républicain est pris d'une orchite double le 23 octobre, à laquelle s'ajoute le lendemain une parotidite gauche. La face et le tronc sont bouffis. Dans l'urine on trouve de l'albumine, Le 30 octobre le malade entre au Val de Grâce avec un œdème de tout le tissu cellulaire et beaucoup d'albumine. La parotide droite se prend et la gauche s'atténue.

Les jours suivants surviennent des troubles de la vision, de la céphalée et le 13 novembre éclate une crise convulsive suivie de coma. Urines 300 c.c. avec 22, 8 d'albumine pour un litre.

Le 14 et le 15 de nouvelles crises se produisent, la dyspnée devient intense; râles sibilants et muqueux dans la poitrine. Battements cardiaques rapides et sourds. Épanchement dans le le péritoine.

Le 20 la dyspnée s'améliore un peu, mais le lendemain elle s'accroit de nouveau, la face se cyanose et le malade succombe.

L'autopsie fut faite par le Professeur Laveran, ses résultats sont indiqués dans ce travail au chapitre d'anatomie pathologique.

OBSERVATION XIII (Abrégée)

(Dr le Roy. — *France Médicale*, Novembre 1894)

Oreillons bénins, Néphrite, Mort

Une petite fillette de 9 ans fut atteinte d'oreillons à détermination parotidienne bénigne. Au bout de 8 jours tout avait disparu et la malade commençait à sortir, les urines n'avaient pas été examinées.

Un mois après, l'enfant présentait de l'œdème de la face de la région lombaire et des membres inférieurs, les urines rares (800 gr.), foncées, rouges, troubles, contenaient 3, 60 d'albumine par litre. Une enquête attentive ne permit pas de trouver d'autre étiologie que les oreillons. Malgré le régime lacté et le séjour à la campagne, l'enfant succomba au progrès de l'urémie, trois mois et demi plus tard.

OBSERVATION XIV

(De M. Bézy à la *Société médicale des hôpitaux*, 1893.
Prise dans un établissement d'instruction de jeunes filles.)

Au mois de février, j'eus à donner des soins à Mlle X..., qui entra à l'infirmerie, se plaignant de la tête et d'un léger malaise. La fièvre est très modérée. La malade ne présente aucune manifestation ourlienne et nous affirme qu'elle n'en a pas eu les jours précédents. Or, à ce moment, l'attention des maîtresses était appelée sur ce point ; elles devaient, sans prévenir les élèves, surveiller attentivement toute manifestation dans ce sens et faire venir à la visite médicale toutes celles qui paraîtraient suspectes, même si elles ne se plaignaient pas. Cette surveillance était exercée depuis environ un mois, quand cette élève entra à l'infirmerie ; on peut donc affirmer qu'elle n'a présenté aucune manifestation de ce genre.

Elle était âgée de 16 ans, bien réglée depuis deux ans, d'une

bonne santé habituelle. Rien de particulier à noter dans les antécédents.

Le lendemain de ma visite, on me dit que cette enfant a eu un peu de délire nocturne et qu'elle a vomi. Mon attention est surtout appelée par l'urine : la quantité émise depuis la veille est d'environ 250 à 300 gram. ; elle est brune, comme teintée de sang ; j'en emporte à mon laboratoire un échantillon que j'examine rapidement, et cet examen décèle la présence d'une grande quantité d'albumine ; l'examen microscopique me révèle une grande abondance de microorganismes de formes diverses, très facilement apparents, sans coloration préalable avec l'oculaire et l'objectif 7 de Werick. Pas de traces de globules sanguins. Ce qui frappe dans cette préparation, c'est l'excessive mobilité des éléments.

L'état général est bon, et la malade demande à être transportée dans sa famille. M. le professeur Caubet appelé en consultation et moi ne trouvons aucune manifestation du côté des glandes salivaires, aucune éruption scarlatiniforme, pas de traces d'angine, aucune douleur spontanée ou provoquée du côté des reins ou de la vessie, aucune trace d'œdème. Il n'y a eu à aucun moment de détermination du côté des ovaires, ni des seins, ni de la vulve. Nous autorisons le transport, qui s'est effectué sans accident.

La guérison s'est produite très rapidement. Le médecin traitant, qui la veillait journellement, a constaté que l'albumine avait disparu au bout de très peu de jours, et l'enfant a repris le cours de ses études deux mois après. Depuis lors, j'ai examiné plusieurs fois ses urines et je n'y ai plus jamais trouvé d'albumine. A l'heure actuelle, plus d'un an après les accidents, la bonne santé s'est maintenue.

OBSERVATION XV

(De Mr Laveran, a la société médicale des hôpitaux 1893)

Amar ben ali, soldat au 3e régiment des tirailleurs, se disant malade depuis quatre jours, entre à l'hôpital de Constantine le

26 Mai 1883 pour orchite ourlienne. La tuméfaction des parotides a été très légère, *si même elle n'a pas manqué complètement.* Une petite épidémie d'oreillons sévit à ce moment sur le 3e tirailleurs. Orchite à gauche, le testicule a triplé au moins de volume, l'épididyme est également tuméfié ; douleurs spontanées et à la pression; le testicule droit est sain. Fièvre très vive T. Matin : 40°, 1 ; T. Soir : 40°, 8, (température axillaire). Etat typhoïde assez marqué, sans délire ni troubles nerveux graves.

27 Mai. — T. Matin : 40°, 1 ; T. Soir : 38°, 7. L'orchite est toujours très marquée à gauche ; on note de plus de l'œdème des bourses, surtout à gauche. Le malade accuse des douleurs lombaires. Les urines sont rares colorées. La chaleur et l'acide azotique donnent un précipité albumineux caractéristique, abondant. L'examen histologique ne révèle pas la présence de cylindres.

28 Mai. — T. Soir : 36°. 8 ; T. Soir : 37°. L'orchite est en bonne voie de résolution. Urines rares, toujours fortement albumineuses.

29 Mai. — T. Matin : 36°. Le soir l'apyrexie persiste. Résolution rapide de l'orchite.

L'urine est très chargée d'urates, elle ne contient plus de traces d'albumine.

Les jours suivants l'apyrexie persiste ; le 3 juin le testicule gauche a repris son volume normal, sa consistance est diminuée.

CONCLUSIONS

1° La néphrite ourlienne est relativement rare ; elle est bénigne et passagère dans la majorité des cas. Toutefois, on peut observer des formes aiguës, subaiguës et même chroniques.

2° Elle peut revêtir la forme hémorrhagique.

3° On ne trouve parfois que le seul symptôme d'albumine dans les urines ; dans ces cas, il s'agit alors d'une congestion rénale plutôt que d'une véritable néphrite.

4° Quant à la néphrite ourlienne sans aucune manifestation parotidienne appréciable, nous la regardons seulement comme vraisemblable, mais nous ne saurions affirmer son existence.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Behr. — *Hufelands Journal*, 1825.

Krugelstein. — *Hufelands Journal*, 1835.

Burne (J.). — Case of epidemic mumps, complicated with parotitis, orchitis, nephritis, albuminaria, convulsions. Prov. M. et S. J. Londres, 1851.

Renard (L.). — Albuminurie bénigne et passagère au cours de la convalescence d'oreillons. *Union médicale*, 1869.

Bienfait. — Albuminurie consécutive à des oreillons. *Bul. Société médicale de Reims*, 1873.

Colin. — *Union médicale*, 1876.

Lemarchant. — Des oreillons chez le soldat. Thèse Paris, 1876.

Haillot. — De l'oreillon et de ses complications. Thèse Paris, 1876.

Jourdan. — Mémoires de médecine militaire, 1878.

Carrieu. — Néphrite scarlatineuse. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, août 1880.

Bouchard. — Des néphrites infectieuses. *Revue de médecine*, 1881.

Capitan et Charrin. — *Bull. de la Société de biologie*, 1881. Microbes dans les oreillons.

Karth. — Etude sur une forme grave d'oreillons. Thèse Paris, 1883.

Croner. — *Société de médecine de Berlin*, 1884.

Plagneux. — Sur une épidémie d'oreillons à Rochefort. Thèse Paris, 1885.

Renard (E.). — Note sur l'albuminurie et les oreillons. *Arch. de méd. milit.*, septembre 1885.

Boinet. — Note sur le microbe des oreillons. *Lyon médical*, 1885.

Gaucher. — Paris, 1886. Thèse d'agrégation.

Joffroy. — *Progrès médical*, novembre 1886.

Bourgeois. — Fièvre ourlienne et ses complications. Thèse Paris, 1886.

Murié. — Albuminurie dans un cas d'oreillons. *Poitou médical*, décembre 1890.

Vignerot. — Contribution à l'étude des néphrites. Thèse Paris, 1890.

Gagé. — Contribution à l'étude des oreillons, albuminurie ourlienne. Thèse de Paris, 1892.

Bézy. — Albuminurie dans les oreillons. *Soc. médic. des hôpitaux*, 1893.

Comby. — Néphrite ourlienne. *Union médicale*. Paris, 1893.

Laveran. — Néphrite ourlienne. *Soc. médic. des hôpitaux*, 1893.

Le Roy. — Néphrite ourlienne, mort. *France médicale*, novembre 1894.

Toussaint. — Néphrite aiguë avec accidents urémiques dans les oreillons. *Arch. de médec. milit.*, oct. 1894.

Catrin. — *Gazette des hôpitaux*, juillet 1895.

Mecray et Welsh. — Sur la bactériologie des oreillons. *Med. Record.*, 1896.

Carrieu. — Bains d'air chaud dans l'albuminurie. Congrès de Nancy, 1896.

Merlin. — Sur le microbe des oreillons. *Dauphiné médical*, 1897.

Bouchard (Ch.). — Carbone et coefficients urinaires. *Journal de physiologie et de pathologie générale*, janvier 1899.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 15 Mai 1899.
Le Recteur,
A. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 15 Mai 1899.
Pour le Doyen :
L'Assesseur,
Dr HAMELIN.